

بررسی اثر بخشی آموزش گروهی حل مسئله بر رضایت زناشویی و بهبود کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد (افیون ها) در شهر شهرکرد

افشین صلاحیان^۱، حسن پالاهنگ^{۲*}

^۱استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران؛ ^۲گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به شیوع وابستگی به افیون ها و پیامدهای فردی و اجتماعی آن، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش گروهی حل مسئله بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد (افیون ها) بود.

روش بررسی: این پژوهش در دسته پژوهش های تجربی کار آزمایی بالینی قرار می گیرد و طرح تحقیق آن به صورت ۲ گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) و شامل ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۱ ماهه) بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران وابسته به افیون ها در شهرکرد و نمونه پژوهش نیز ۴۰ نفر از افراد واجد ملاک ورود به پژوهش بود. ابزار گردآوری داده های پژوهش پرسشنامه های کیفیت زندگی و رضایت زناشویی انریچ بود. مداخله پژوهش شامل ۸ جلسه آموزشی ۲ ساعته بود.

یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش گروهی حل مسئله بر بهبود رضایت زناشویی بیماران در مرحله پس آزمون ($F=37/58$ و $P<0/0001$) و پیگیری ($F=43/17$ و $P<0/0001$) و کیفیت زندگی آن ها در مرحله پس آزمون ($F=93/80$ و $P<0/0001$) و پیگیری ($F=362/49$ و $P<0/0001$) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل اثر بخش بوده است و میزان تأثیر از ۰/۴۱ تا ۰/۷ متفاوت بود.

نتیجه گیری: نتایج در کل حاکی از این بود که آموزش گروهی حل مسئله کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد (افیون ها) را ارتقاء می دهد و نقشی کاهنده در میزان تعارضات زناشویی آن ها دارد؛ بنابراین آموزش گروهی حل مسئله در بهبود وضعیت خانوادگی بیماران وابسته به مواد مؤثر است.

واژه های کلیدی: حل مسئله، تعارضات، کیفیت زندگی، شهرکرد.

مقدمه:

چارچوبی در اختیار زوج قرار می دهد که بتوانند در مورد بسیاری از مسائل بعدی، "درمانگران خود" باشند (۱). فرایند حل مسئله، کمک می کند که از مطرح کردن تغییر، پیش از تعریف مسئله اجتناب شود و بر یافتن راه حل برای مراجع به کمک مشاور تأکید دارد (۲، ۳). انسان ها به علت پیچیدگی و تغییرات دائمی جامعه، همواره با مشکلات عدیده ای مواجه می شوند. این مشکلات ممکن است بر حسب پیچیدگی و امکان وقوع پیامدها، پیش پا افتاده و یا بسیار مهم باشند، بنابراین زندگی روزانه ما پر از مشکلات موقعیتی است، از معضلات جزئی در انتخاب کفش گرفته

اختلال وابستگی به مواد الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر می شود و در طول ۱۲ ماه روی می دهد، تعریف شده است (۱). از بین مواد، وابستگی به افیون ها یکی از وابستگی های قدیمی و شایع است که اختلالات خلقی، اضطرابی و کمبود مهارت های حل مسئله در بیماران وابسته به آن ها گزارش شده است (۱). مسئله گشایی جزء مهمی از درمان شناختی رفتاری است، مخصوصاً در مواردی که با زوجها کار می شود. مهارت های مسئله گشایی در کنار مهارت های ارتباطی،

تا مسائل مهم تری چون نحوه برخورد با کارفرمایی غیر منطقی یا همسری که ناراحت می باشد (۴). در واقع حل مسئله مهارتی حیاتی برای زندگی در عصر حاضر است. با وجود جنبه های وسیع قابلیت کاربرد، تعجب انگیز است که در نوشته های روان پزشکی چندان توجهی به مسئله گشایی نشده است و عمدتاً روان شناسان هستند که این رویکرد را توضیح داده و سعی کرده اند که اهمیت اجزای مؤلفه مختلف آن را ارزیابی کنند (۵). البته در زمینه مددکاری اجتماعی، رویکردی که مددکاری هدف مدار نامیده

می شود، در پیوند بسیار نزدیکی با مسئله گشایی قرار دارد (۶). نتایج تحقیق شریفی، نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله می تواند در بهبودی و یا کاهش افسردگی نوجوانان و علایم اختصاصی افسردگی آنان مؤثر باشد (۷). جهت تأمین یک چارچوب کلی، می توان تکنیک های این درمان کوتاه مدت را با رویکردهای درمانی دیگر یکپارچه کرد (۸،۹). محققان معتقدند، برای بهبود اکثر موقعیت های زندگی که مختل و آسیب دیده اند، می توان از حل مسئله استفاده کرد. از جمله مسائل خانوادگی، مالی، شغلی، مشکلات با کودکان و همسر (۱۰،۱۱). کسب مهارت حل مسئله توان مواجهه با معضلات فردی و اجتماعی را افزایش می دهد و منجر به افزایش احتمال استفاده از شیوه های مقابله موثر می شود؛ همچنین از بسیاری جهات آموزش حل مسئله را می توان به مثابه فرایند کمک به فرد برای رشد آمادگی یادگیری او وصف کرد (۱۲،۱۳). سیف معتقد است، تغییری که در رفتار یادگیرنده در اثر یادگیری حل مسئله ایجاد می شود پایدارتر از تغییراتی است که در یادگیری های ساده رخ می دهد و اینگونه یادگیری در مقایسه با انواع یادگیری ها احتیاج کمتری به تمرین و تکرار دارد (۱۴). در این فرایند فرد تلاش می کند تا راه حل های موثر و سازگاری برای حل مسائلی که در طول روز با آن رو به رو می شود، بیابد (۱۵).

Visser و همکاران در پژوهشی بر روی ۱۶۶ بیمار با سوابق ضربه های عاطفی به این نتیجه رسیدند که بیماران

با نمرات افسردگی بالا از مهارت های حل مسئله و مقابله ای کمتری بهره می برند و بیشتر از سبک اجتنابی استفاده می کنند که در نهایت این وضعیت با کیفیت زندگی پایین تر آن ها رابطه معنی داری داشت (۱۶). Ahghar در پژوهشی به بررسی اثر آموزش حل مسئله در دانش آموزان دبیرستانی پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش حل مسئله قادر به افزایش توانش خود تنظیمی است و با گذشت زمان این توانایی پایدار بود (۱۷). تحقیقات Chinaveh و Vijayaratnam نیز یافته های مشابهی را نشان داده اند (۱۸،۱۹). Egeci و Gencoz (۲۰) در پژوهشی روی ۱۴۲ دانشجو به این نتیجه رسیدند که آموزش حل مسئله باعث ارتقای رضایت از روابط می شود (۲۰). Salvia نیز در پژوهشی از طریق اضافه کردن آموزش حل مسئله گروهی در درمان معمول Methadone maintenance therapy ترک اعتیاد، نتایج مثبتی را از رضایت بیماران و ارتقای کیفیت درمان گزارش نمود (۲۱). در ایران نیز بهرامی و همکاران اثر بخشی آموزش مهارت حل مسئله و تصمیم گیری بر کاهش نگرش مثبت وابستگان به مواد افیونی را بررسی نمود (۲۲). یافته های این پژوهش مؤید آن است که آموزش مهارت حل مسئله و مهارت تصمیم گیری بر کاهش نگرش افراد معتاد نسبت به اثرات، خطرات و تمایل به مصرف مواد مخدر تأثیر مثبت دارد؛ همچنین پژوهش متین نژاد نشان داد، شیوه های حل مسئله افراد معتاد و غیر معتاد با هم متفاوت است و افراد معتاد کمتر از مهارت های حل مسئله بهره می برند (۲۳)؛ لذا هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثر بخشی آموزش گروهی حل مسئله بر میزان رضایت زناشویی و بهبود کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد (افیون ها) در شهرستان شهرکرد بود.

روش بررسی:

این پژوهش در دسته پژوهش های کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده قرار دارد و طرح تحقیق آن به صورت ۲ گروهی (گروه مداخله و گروه کنترل) و شامل ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و

پیگیری (۱ ماهه) است. پژوهش حاضر دو سو کور به روش انتخاب ارزیاب، خارج از تیم درمانی بود. یک راه مفید برای دو سو کور کردن مطالعه این است که ارزیاب نتایج، فردی خارج از تیم درمانی انتخاب شود و بیماران نیز نسبت به روش کور باشند. در این صورت حتی اگر محققان از نوع مداخله اختصاص داده شده به شرکت کنندگان در تحقیق اطلاع داشته باشند، این آگاهی آنان نمی تواند روی تجزیه و تحلیل داده ها تأثیر بگذارد (۲۴). کد کارآزمایی بالینی پژوهش حاضر در مرکز کار آزمایی ایران به شماره IRCT2015021721111N1 ثبت گردیده است. متغیر مستقل (آموزش حل مسئله) بود که فقط در گروه مداخله اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون و پیگیری گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مقایسه شد. شرح پروتکل مداخله ای حل مسئله نیز در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: دستور جلسات آموزشی

جلسات درمانی	دستور جلسه
اول	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر؛ بیان انکار ناپذیر بودن مسئله در زندگی و پرسش از اعضا درباره شیوه هایی که قبلاً برای حل مسائل خود استفاده می کردند؛ معرفی کلی رویکرد حل مسئله و مراحل آن و بیان ضرورت آشنایی با آن؛ تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات و اهداف آموزشی؛ توافق بر انتظارات بین اعضای گروه و درمانگر؛ ارائه تکلیف برای جلسه بعد
دوم	مرور تکالیف جلسه گذشته؛ معرفی مرحله ی اول (تشخیص و توصیف مسئله، فهرست بندی و انتخاب مهم ترین مسئله؛ انجام تکالیف گروهی و اصلاح و بیان اشکالات تکلیف خانگی جلسه پیش؛ ارائه ی یک جزوه درباره ی حل مسئله جهت آشنایی بیشتر؛ ارائه تکلیف برای جلسه ی بعد؛ دریافت بازخورد
سوم و چهارم	مرور تکالیف و سوال از اعضا درباره ی مشکلات احتمالی هنگام انجام تکالیف؛ معرفی مرحله ی دوم مهار گسلی ذهنی و شرایط آن؛ انجام تکلیف در گروه؛ ارائه ی تکلیف برای جلسه ی آینده؛ دریافت بازخورد
پنجم	مروری تکالیف؛ آموزش تکنیک دو ستون یا معایب و مزایای راه ها؛ ارائه تکلیف برای جلسه بعد؛ دریافت بازخورد
ششم	مرور تکالیف؛ ادامه تکنیک دو ستون و انتخاب مناسب ترین راه حل (راه حلی که بیشترین مزیت و کمترین عیب را داشته باشد)؛ ارائه تکلیف؛ دریافت بازخورد
هفتم	دریافت بازخورد درباره ی مشکلات مربوط به جلسه ی گذشته؛ بررسی نتیجه و به کارگیری راه حل انتخاب شده؛ ارائه ی تکالیف؛ دریافت بازخورد
هشتم	مرور جلسات؛ دریافت بازخورد کلی درباره راه حل انتخاب شده؛ بررسی میزان موفقیت یا شکست راه حل انتخاب شده و دلایل شکست احتمالی راه حل انتخاب شده؛ انتخاب راه حل دیگر در صورت کارساز نبودن راه حل به کار گرفته شده؛ دریافت بازخورد کلی نسبت به کل جلسات

جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد با تشخیص وابستگی به افیون ها در سال ۱۳۹۲ در شهرستان شهرکرد بود. نمونه گیری از بین افراد واجد شرایط با تشخیص اختلال وابستگی به افیون و حداقل مدرک سوم راهنمایی بود. معیارهای خروج شامل اختلالات روانپزشکی عمده از قبیل سایکوز، اختلالات خلقی، اضطرابی و ... بود. با توجه به این ملاک ها، ۱۰۰ نفر واجد شرایط شناسایی و پس از پاسخگویی به پرسشنامه کیفیت زندگی، از میان آن ها ۴۰ نفر که دارای کمترین نمره در پرسشنامه کیفیت زندگی بودند، به عنوان شرکت

کننده انتخاب و این افراد به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی در ۲ گروه مداخله (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارش شدند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر پروژه تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بود، موافقت نامه کمیته اخلاق دانشگاه در تحقیقات بالینی توسط پژوهشگران نیز اخذ شد. ابزار گردآوری داده ها نیز شامل ۲ پرسشنامه بود که به تفکیک در ادامه ارائه شده است: ۱- پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL-BREF: پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به وسیله گروه ارزیابی کیفیت زندگی این سازمان با همکاری ۱۵ کشور دنیا ساخته شده که این ۱۵ کشور نیز دارای فرهنگ های مختلفی بوده اند (۲۵). این پرسشنامه شامل ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می باشد. در سال ۱۳۸۵ مطالعه ای به منظور ترجمه و اعتبار سنجی پرسشنامه WHOQOL-BREF برای اولین بار در ایران انجام شد. برای اعتبار سنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر به صورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بالای ۰/۷ به دست آمد (۲۶). ۲- پرسشنامه ی رضایت زناشویی انریچ ESQ: این پرسشنامه دارای ۱۱۵ سوال و برای تشخیص زوج هایی مورد استفاده قرار می گیرد که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند (۲۷). اولین بار اولسون فرم ۱۵ سوالی آن را که شامل زیر مقیاس های تحریف آرمانی (۵ سوال) و رضایت زناشویی (۱۰ سوال) می باشد را به عنوان مقیاس رضایت زناشویی انریچ طراحی کرد، سپس فرم ۴۷ سوالی توسط فورس و اولسون و در این اواخر فرم ۲۰ سوالی آن را طراحی کردند (۲۰). برای هر یک از سوال ها ۵ گزینه منظور شده است. گزینه ها عبارتند از «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه مخالفم، نه موافق»، «مخالفم»، «کاملاً مخالفم» و نمره گذاری سوال ها به صورت ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ است.

نمره بالاتر نشان دهنده رضایت زناشویی بیشتر است. آزمون انریچ در مطالعات ییشماری پایایی و روایی بالایی را از خود نشان داده است (۲۸).

تجزیه و تحلیل داده های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار SPSS در ۲ بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد؛ بنابراین لازم است تا پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات بررسی گردد. اساس این پیش فرض آن است که تفاوت بین توزیع نمرات نمونه و توزیع نمرات نرمال در جامعه صفر است. برای آزمون این پیش فرض از آزمون Shapiro-Wilk استفاده می شود (۲۹). نتایج این آزمون برای نمرات پیش آزمون متغیرهای رضایت زناشویی و کیفیت زندگی ۲ گروه مداخله و کنترل نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در ۲ گروه مداخله و کنترل رد نمی شود. یکی دیگر از پیش فرض هایی که لازم است به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس مورد استفاده قرار گیرد، پیش فرض تساوی واریانس ها است. در این روش فرض بر آن است که واریانس نمرات ۲ گروه در جامعه با هم برابر است و تفاوت معنی داری ندارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده می شود (۲۹). نتایج این آزمون برای نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله و گروه نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس ها رد نمی شود. در تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر نمرات پیش آزمون و هر متغیر جمعیت شناختی که با نمرات متغیرهای وابسته در پس آزمون و پیگیری رابطه دارند. از روی متغیرهای وابسته کنترل شد و سپس دو گروه با توجه به میانگین های تعدیل شده مورد مقایسه قرار گرفتند. متغیرهای وابسته نیز شامل رضایت زناشویی و کیفیت زندگی بود. در جدول شماره ۲ میانگین نمرات رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در ۲ گروه در مرحله پیش آزمون نشان داده شده است.

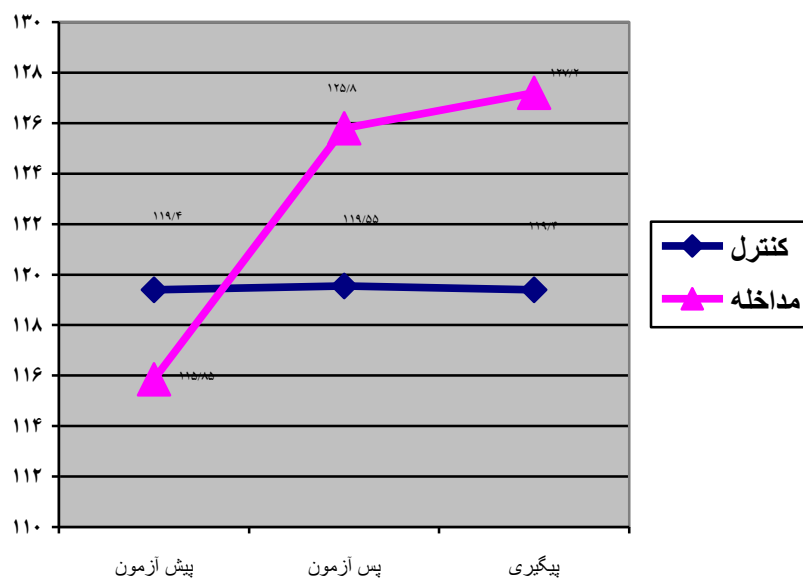
جدول شماره ۲: میانگین نمرات رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در ۲ گروه در مرحله پیش آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون	
		میانگین	انحراف معیار
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۱۵/۸۵	۲۲/۰۸
	گواه	۱۱۹/۴	۲۲/۶۸
کیفیت زندگی	آزمایش	۶۰/۷۰	۱۱/۴۰۳
	گواه	۶۰/۸۰	۱۱/۵۳

یافته ها:

جمعیت شناختی تحصیلات با هیچ یک از ۳ متغیر وابسته در ۲ گروه آزمایش و کنترل همبستگی معنی داری نداشت. میانگین نمرات رضایت زناشویی و کیفیت زندگی گروه مداخله و کنترل در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمودارهای شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

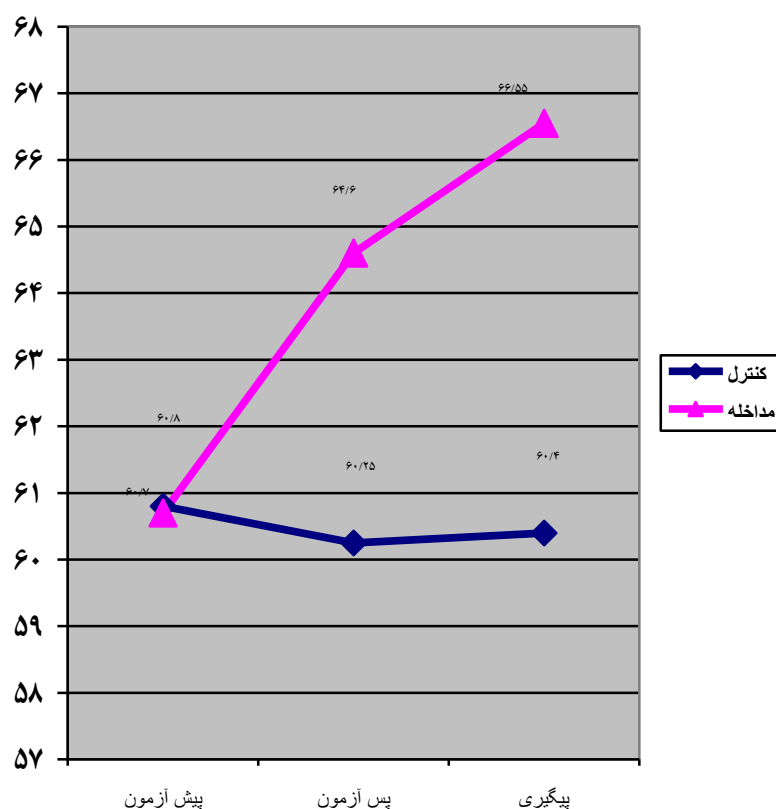
در این بخش ابتدا با استفاده از شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار به توصیف داده ها پرداخته می شود؛ سپس میانگین نمرات رضایت زناشویی و کیفیت زندگی آزمودنی ها در ۲ گروه مداخله و کنترل مورد مقایسه قرار می گیرد. آزمودنی های هر ۲ گروه مداخله و کنترل همگی متأهل بوده و متغیر



ن

مودار شماره ۱: میانگین نمرات رضایت زناشویی گروه های مداخله و کنترل در ۳ مرحله پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری



نمودار شماره ۲: میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه های مداخله و کنترل در ۳ مرحله پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش بر میزان رضایت زناشویی ۲ گروه مداخله و کنترل در مرحله ی پس آزمون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. چنانکه مشاهده می شود، با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون، تفاوت بین میانگین های نمرات پس آزمون رضایت زناشویی ۲ گروه مداخله و کنترل معنی دار است ($P < 0.001$) و لذا فرضیه ۱ تأیید می شود. طبق نتایج جدول شماره ۳ میزان تأثیر آموزش ۰/۵۰۴ بوده است، به این معنا که ۵۰٪ تفاوت های فردی در ۲ گروه مداخله و کنترل توسط عضویت گروهی تعیین شده است و توان آماری ۱ نشان می دهد که حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است؛ همچنین شیب رگرسیون در این تحلیل ۰/۸۹ بود.

با توجه به اینکه در هر متغیر نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته بودند و به منظور کنترل اثر متغیر پیش آزمون (به عنوان متغیر همگام و کنترل شده) بر نمرات پس آزمون و پیگیری از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد که در ادامه به ترتیب فرضیه ها ارائه شده است. با توجه به اینکه ۲ متغیر دارای ۱۸ زیر مقیاس بوده اند و ارائه یافته ها بر اساس زیر مقیاس ها در عمل مقدور نیست، از نمرات کلی هر متغیر در تحلیل ها استفاده شد.

فرضیه ۱: آموزش گروهی حل مسئله رضایت زناشویی را در بیماران وابسته به مواد (افیون ها) گروه مداخله در مرحله ی پس آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش می دهد.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش گروهی حل مسئله بر رضایت زناشویی در مرحله ی پس آزمون

منبع تغییرات	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون		۱۷۱۹۲/۵۴	۱	۱۷۱۹۲/۵۴	۶۹۵/۲۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱
عضویت گروهی		۹۲۹/۴۳۳	۱	۹۲۹/۴۳۳	۳۷/۵۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۴	۱

فرضیه ۲: آموزش گروهی حل مسئله رضایت زناشویی را در بیماران وابسته به مواد (افیون ها) گروه مداخله در مرحله ی پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش می دهد.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش بر میزان رضایت زناشویی ۲ گروه مداخله و کنترل در مرحله ی پیگیری در جدول شماره ۴ آمده است. چنانکه مشاهده می شود تفاوت بین میانگین های نمرات پیگیری رضایت زناشویی ۲ گروه مداخله و کنترل معنی دار است ($P < ۰/۰۰۰۱$)؛ لذا فرضیه ۲ تأیید می گردد. طبق نتایج جدول شماره ۴ میزان تأثیر آموزش ۰/۵۳۸ بوده است. به این معنا که ۵۳٪ تفاوت های فردی در ۲ گروه مداخله و کنترل توسط عضویت گروهی تعیین می شود. توان آماری ۱ نشان می دهد که حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش گروهی حل مسئله بر میزان رضایت زناشویی در مرحله پیگیری

منبع تغییرات	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون		۱۵۵۳۲/۷۱۷	۱	۱۵۵۳۲/۷۱۷	۵۵۷/۲۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۱
عضویت گروهی		۱۲۰۳/۲۷	۱	۱۲۰۳/۲۷	۴۳/۱۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱

فرضیه ۳: آموزش گروهی حل مسئله کیفیت زندگی را در بیماران وابسته به مواد (افیون ها) گروه مداخله در مرحله ی پس آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش می دهد.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی در ۲ گروه مداخله و کنترل در مرحله ی پس آزمون در جدول شماره ۵ آمده است. چنانکه مشاهده می شود تفاوت بین میانگین های نمرات پس آزمون کیفیت زندگی ۲ گروه مداخله و کنترل معنی دار است ($P < ۰/۰۰۰۱$)؛ لذا فرضیه ۳ تأیید می شود. طبق نتایج جدول شماره ۵ میزان تأثیر آموزش ۰/۴۱ بوده است؛ به این معنا که ۴۱٪ تفاوت های فردی در ۲ گروه مداخله و کنترل توسط عضویت گروهی تعیین می شود. توان آماری ۱ نشان می دهد که حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش گروهی حل مسئله بر کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون		۴۰۱۱/۱۹۳	۱	۴۰۱۱/۱۹۳	۶۷۹/۵۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱
عضویت گروهی		۱۵۳/۰۳۳	۱	۱۵۳/۰۳۳	۹۳/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۲	۱

فرضیه ۴: آموزش گروهی حل مسئله کیفیت زندگی را در بیماران وابسته به مواد (افیون ها) گروه مداخله در مرحله ی پیگیری نسبت به گروه کنترل بهبود می بخشد. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی ۲ گروه مداخله و کنترل در مرحله ی پیگیری در جدول شماره ۶ آمده است. چنانکه مشاهده می شود تفاوت بین میانگین های نمرات پیگیری کیفیت زندگی

۲ گروه مداخله و کنترل معنی دار است ($P < 0.0001$)؛ لذا فرضیه ۴ تأیید می شود. طبق نتایج جدول شماره ۶ میزان تأثیر آموزش ۰/۷ بوده است. به این معنا که ۷۰٪ تفاوت های فردی در ۲ گروه مداخله و کنترل توسط عضویت گروهی تعیین می شود. توان آماری ۱ نشان می دهد که حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش گروهی حل مسئله بر کیفیت زندگی در مرحله ی پیگیری

شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۳۷۶۳/۷۲	۱	۳۷۶۳/۷۲	۹۷۴/۰۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹	۱
عضویت گروهی	۳۶۲/۴۹۳	۱	۹۳/۸	۳۶۲/۴۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷	۱

بحث:

در این پژوهش ۴ فرضیه مورد بررسی قرار گرفت که در ادامه مورد بحث قرار می گیرد. نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از اثر بخشی آموزش گروهی حل مسئله بر میزان کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بیماران وابسته به مواد (افیون ها) گروه مداخله در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بوده است. این یافته با نتایج در تحقیق Ayres و Malouff و Thoma و همکاران همخوانی دارد (۳۰، ۳۱). Malouff و Ayres نشان دادند که آموزش حل مسئله منجر به افزایش خود کارایی در حل مسئله، عاطفه مثبت، رضایت شغلی و رضایت از زندگی می شود. در واقع ارتقای رضایت از زندگی به علت افزایش مهارت های حل مسئله رخ داده است. در تبیین نتایج به دست آمده می توان آموزش حل مسئله را به مثابه فرایند کمک به فرد برای رشد آمادگی یادگیری او و در نتیجه افزایش احتمال مقابله موثر در طیف وسیعی از موقعیت ها تعریف کرد. آموزش حل مسئله را می توان شکلی از آموزش استقلال یا کنترل خود نامید. در واقع حل مسئله به منزله ی مرحله ی آغازین در فرایند کنترل خود عمل می کند و به عنوان استقلال/ شایستگی و اعتماد به

نفس توصیف می شود (۳۲). توانایی هایی که بیماران دارای سوء مصرف مواد ندارد. آموزش حل مسئله با رویه گام به گام خود در ذهن بیمار به او کمک می کند، مسائل خود را تشخیص داده و از روشی منظم برای غلبه بر مسائل خود استفاده کند و منابع کمک خود را شناسایی کند. در نتیجه فرد به نوعی، احساس کنترل خواهد کرد. زمانی که فرد از روش منظم برای غلبه بر مسائل خود استفاده می کند، ذهن او نیز نظم می یابد، اطلاعات قابل دسترس خواهند شد و راه حل هایی که در فضای پر از ابهام آغازین مسئله مشخص نبودند، کم کم سر برآورده و وضعیت از غیر قابل کنترل به قابل کنترل تغییر موضع خواهد داد و تحجر شناختی جای خود را به انعطاف می دهد (۳۲). در تبیین تداوم تأثیر ۱۳٪ ی آموزش در مرحله ی پیگیری می توان گفت آموزش حل مسئله به عنوان یک مهارت فرد را قادر می سازد تا موقعیت های مشکل آفرین زندگی روزمره و تأثیر هیجانی آن ها را به خوبی مهار کند. هرچند که پس از مداخله، آموزش تداوم نیافته، اما به شرکت کنندگان توصیه شد که تکنیک آموخته شده را در موقعیت های روزمره به کار گیرند. این یافته با نتایج

نتیجه گیری:

نتایج حاکی از اثر بخشی آموزش گروهی حل مسئله بر بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل بود. در تبیین تداوم اثر بخشی آن نیز می توان گفت چون کیفیت زندگی ادراک فرد از وضعیت زندگی اوست، افزایش رضایت زناشویی منجر به بالا رفتن نمره ابعاد سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و محیطی و در نتیجه نمره کامل کیفیت زندگی می شود. پیشنهاد می گردد که این پژوهش روی بیماران وابسته به سایر مواد مثل دسته مت آمفتامین ها نیز اجرا گردد و در پژوهش های آتی همسران بیماران در جلسات آموزشی حل مسئله جهت ارتقای اثر بخشی شرکت داده شوند.

تشکر و قدردانی:

پژوهش حاضر مستخرج از طرح پژوهشی به شماره ۱۳۹۰-۰۷-۸۲-۷۷۵ است که در تاریخ ۱۳۹۰/۹/۰۵ در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به تصویب رسیده است. بدینوسیله از کلیه همکاران گرامی، کارشناس های دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و مردم استان چهارمحال و بختیاری که در اجرای این پژوهش پژوهشگران را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می کنیم.

Johnson و همکاران و Sorsdahl و همکاران همخوانی داشت (۳۳، ۳۴). آموزش حل مسئله به فرد کمک می کند تا به جای شیوه های مواجهه ناکارآمد (اجتناب، بلا تکلیفی و مصالحه) از روش مشارکتی استفاده کند. آموزش حل مسئله از طریق افزایش خود کنترلی مانع از پاسخ های تکانشی می شود و امید به آینده و حل مسائل را افزایش می دهد (۳۵). Rosen و همکاران نیز روش حل مسئله را به ویژه در مورد بیمارانی که فاقد منابع حمایتی اند، به عنوان نقطه عطف و مانعی در مقابل عود معرفی کرده اند (۳۶).

نتایج حاکی از اثر بخش بودن این آموزش در هر ۲ متغیر در فاز پیگیری بود، لذا از این روش آموزشی در مراکز بهداشتی و ترک اعتیاد، می توان برای افزایش کیفیت زندگی، رضایت زناشویی بیماران وابسته به مواد بهره گرفت. با توجه به اینکه یکی از عمده مسائل بیماران وابسته به مواد عود به علت پایین بودن کیفیت زندگی می باشد، با استفاده از این روش آموزشی می توان مانعی در مقابل این دوره بیماری ایجاد نمود و زندگی بیماران را غنی تر ساخت. عدم وجود پیگیری های طولانی تر در این پژوهش و دوره پیگیری یک ماهه یکی از محدودیت های پژوهش حاضر بود.

منابع:

1. Houghton, K. Salkovs Clse K. Cognitive behavioral therapy. Translated to Persian by: Ghasemzadeh H. Tehran: Arjmand Pub; 2012.
2. Ashmaling AB, Frovzty AA, Jykvison NS. Marital problems. In: Houghton K, Salkovs cise Clark, CBT. Translated TO Persian by ; Ghasemzadeh. Tehran: Arjmand Pub; 2013.
3. Nazari A, Nejad SN. Investigating the effect of solution-focused counseling on marital satisfaction of dual-career couples. J Counsel Res Dev. 2006; 2: 57-77.
4. Goldfreid, MR, Davison J. Clinical behavior therapy. Translated to Persia by: Ahmadi Olunabad A. Tehran: Center Press; 2011.
5. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. J Abnorm Psychol. 1971; 78(1): 107-26.
6. Reid W, Epstein L. Task- centered casework. New York: Columbia University Press; 2007.
7. Sharifi Gh. Examining the effectiveness of problem solving in symptoms of depression of adolsence [MA thesis]. Tehran: Shahed University; 1992.
8. Khoshkam Z. Evaluate the effectiveness of education through group problem solving skills of Isfahan injured vision students [MA thesis]. General Psychology, Isfahan University; 2007.
9. Snyder CR. Hand book of hope San Diego. USA: Academic press; 2000.
10. Procheska JO, Norcraze JC. Theories of psychotherapy. Translated to Persian by: Mohammadi Y. Tehran: Roshd; 2013.
11. Perla F, O Donnell B. Encouraging problem solving in orientation and mobility. J Vis Impair Blind. 2004; 98(1): 47-52.

12. Mahmoudi Rad M. Examine the role of communication skills and problem solving training in promoting self-esteem and its relationship to academic achievement and intelligence applications. *J Iran Pediatr*; 2002..
13. Goldfreid M, Davison J. Clinical behavior. Translated to Persian by: Maher F. Mashhad: deputy culture Astan Quds Razavi; 2009.
14. Seif A. Educational Psychology. Tehran: Agah; 2014.
15. Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies: New York: Guilford Press; 2009.
16. Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Spijker AV, Oostra KM, Busschbach JJ, Ribbers GM. Coping, problem solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015; 96(8): 1492-8.
17. Ahghar G. Effect of problem-solving skills education on auto-regulation learning of high school students in Tehran. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012; 69: 688-94.
18. Vijayaratnam P. Developing Higher Order Thinking Skills and Team Commitment via Group Problem Solving: A Bridge to the Real World. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012; 66: 53-63.
19. Chinaveh M. The effectiveness of problem-solving on coping skills and psychological adjustment. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013; 84: 4-9.
20. Egeci IS, Gencoz T. The effects of attachment styles, problem-solving skills, and communication skills on relationship satisfaction. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011; 30: 2324-9.
21. La Salvia TA. Enhancing addiction treatment through psychoeducational groups. *J Sub Abuse Treat*. 1993; 10(5): 439-44.
22. Bahrami F, Moazedian A, Almadani A. Effectiveness of problem solving and decision making on reducing of drug-dependent patients. *Q J Res Addic*. 2013; 7: 25.
23. Matinnejjad A, Mosavi A, Esfandabad H. Comparing the methods of problem solving in Drug-dependent patients. *Q J Res Addic*. 2010; 11: 11-24.
24. Chehraie A. Design and analysis principles in clinical trial study. Tehran: Pezvake Elm Arya; 2008: 22-35.
25. Kuyken W, Orley J, Hudelson P, Sartorius N. Quality of life assessment across cultures. *Int J Emerg Ment Health*. 1994; 23(2): 5-27.
26. Nejat S, Montazeri A, Halakoie K, Majdzadeh R. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), Translation and evaluation of Iranian species. *J Pub Heal Instit Heal Res*. 2006; 4 (4): 12-1.
27. Argyle M, Martin M, Lu L. Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. *Stress emotion*. 1995; 15: 173-87.
28. Fowers BJ, Olson DH. Enrich marital inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *J Marital Fam Ther*. 1989; 15(1): 65-79.
29. Howit D, Keramer D. Statistical methods in psychology and other behavioral science. Tehran: Sokhan. 2009.
30. Ayres J, Malouff JM. Problem-solving training to help workers increase positive affect, job satisfaction, and life satisfaction. *Eur J Work Organ Psychol*. 2007; 16(3): 279-94.
31. Thoma P, Friedmann C, Suchan B. Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013; 37(3): 448-70.
32. Demirbas H, Ilhan IO, Dogan YB. Ways of problem solving as predictors of relapse in alcohol dependent male inpatients. *Addict Behav*. 2012; 37(1): 131-4.
33. Johnson MD, Cohan CL, Davila J, Lawrence E, Rogge RD, Karney BR, et al. Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *J Consult Clin psychol*. 2005; 73(1): 15-27.
34. Sorsdahl K, Stein DJ, Carrara H, Myers B. Problem solving styles among people who use alcohol and other drugs in South Africa. *Addict Behav*. 2014; 39(1): 122-6.
35. Jaffee WB, D'Zurilla TJ. Personality, problem solving, and adolescent substance use. *Behav Ther*. 2009; 40(1): 93-101.
36. Rosen D, Morse JQ, Reynolds CF. Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2011; 40(2): 132-41.

The effectiveness of problem solving group training on marital satisfaction and quality of life in Drug-dependent patients, opiates, in Shahrekord

Salahian A¹, Palahang H^{2*}

¹Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), I.R. Iran;

²Psychiatry Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 24/Dec/2014 Accepted: 5/Dec/2015

Background and aims: According to the prevalence of opiates dependent and its individual and social outputs, the aim of this study was to examine the effectiveness of problem solving group training on marital satisfaction and quality of life in Drug-dependent patients (opiates).

Methods: This research was a study in experimental category with 2 groups of experimental and control and 3 phases; pre, post and follow-up (after 1 month) test. The study population consisted of all Drug-dependent patients in Shahrekord, and the research sample was 40 persons with entrance criterion. The data collection instruments were Quality of Life, and Enrich Marital Satisfaction questionnaires. The treatment was 8 sessions with 2-hour instruction.

Results: Findings indicated that group problem solving instruction on marital satisfaction in post-test ($F=37.58$; $P<0.0001$) and follow up ($F=43.17$; $P<0.0001$), and quality of life in post-test ($F=93.80$; $P<0.0001$) and follow up ($F=362.49$; $P<0.0001$) in experimental patients group, compared with control group was effectiveness, and effect size were different from 0.41 to 0.7.

Conclusion: Results showed that the problem solving instruction promoting quality of life in drug-dependent patients and reducing their marital conflicts. So, the problem solving instruction is effective in improving the family situation.

Key words: Problem solving, Conflict, Quality of life, Shahrekord.

Cite this article as: Salahian A, Palahang H. The effectiveness of problem solving group training on marital satisfaction and quality of life in Drug-dependent patients, opiates, in Shahrekord. J Shahrekord Univ Med Sci. 2016; 18(2): 132-142.

***Corresponding author:**

Psychiatry Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.
Tel: 00989131102902, E-mail: palahang2006@yahoo.com